Miocardiopatia periparto em hospital universitário do sul de Minas Gerais: relato de caso

Igor Neves Napoli[1]; Marina Ferreira Arantes[1]; Luisa Ferreira Arantes[2]; Luiz Henrique Torres Cota[2]; Ronaldo Rodrigues Gomes[3]

1. Médicos Residentes em Anestesiologia, Hospital Universitário Alzira Velano.
2. Discentes do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Velano.
3. Preceptor da Residência de Anestesiologia, Hospital Universitário Alzira Velano.

RESUMO

Justificativa e objetivos: A cardiomiopatia periparto é uma forma de cardiomiopatia dilatada, caracterizada pelo desenvolvimento de insuficiência cardíaca sistólica, entre o último mês da gestação e os cinco meses pós-parto, de etiologia desconhecida. Apesar de os sinais e sintomas serem semelhantes a insuficiência cardíaca clássica, o diagnóstico costuma ser tardio, pois esses se confundem com alterações fisiológicas ao longo da gestação. O presente relato tem como objetivo descrever um caso raro característico de miocardiopatia periparto. Relato de Caso: Paciente jovem que desenvolveu miocardiopatia periparto provavelmente no último mês de gestação com sintomatologia iniciado durante parto cesárea. Conclusões: O desfecho favorável do caso descrito deveu-se provavelmente a identificação rápida do quadro e a instituição imediata do tratamento.

Palavras-chave: Miocardiopatia periparto. Gestação de risco. Insuficiência cardíaca.

ABSTRACT

Background and objectives: Peripartum cardiomyopathy is a form of dilated cardiomyopathy characterized by the development of systolic heart failure between the last month of pregnancy and the five months postpartum. Its etiology is still unknown. Although the signs and symptoms are similar to those that appear in patients with heart failure, the diagnosis is usually late, because these are confused with physiological changes that appear throughout the pregnancy. The present report aims to describe a rare case characterized by a peripartum cardiomyopathy. Case Report: The case reports a young patient who developed peripartum myocardiopathy probably in the last month of gestation with symptomatology started during cesarean section. Conclusions: The favorable outcome of the case described was probably due to the rapid identification of the condition and the immediate institution of treatment for heart failure.

Keywords: *Peripartum miorcardiopathy. Risk pregnancy.Cardiac insufficiency.*

https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180094

INTRODUÇÃO

A miocardiopatia periparto (MCPP) é uma forma rara de cardiomiopatia dilatada, que acomete mulheres entre o último mês de gestação e os cinco meses que sucedem o parto. Apesar das várias etiologias propostas, nenhuma ainda é unânime. A definição de Miocardiopatia Periparto inclui 4 critérios.[1,2]

· Desenvolvimento de Insuficiência Cardíaca (IC) no último mês de gestação ou até o quinto mês de puerpério;

· Ausência de causa identificável para a IC;

· Ausência de cardiopatia conhecida antes do último mês de gestação;

· Disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) caracterizada por fração de ejeção (FE) menor que 45%.

A MCPP é um diagnóstico de exclusão, no entanto deve ser considerado em todas as mulheres que desenvolverem sinais e sintomas de IC no período estabelecido.[3,4]

Quadro 1 – Sinais e Sintomas.

Sintomas	Sinais
– Dispneia de Esforço – Dispneia paroxística noturna – Ortopneia – Tosse seca – Palpitações – Hemoptises – Noctúria – Dor Torácica – Dor abdominal	– Cardiomegália – Taquicardia – Taquipneia – Hipotensão – Pulso Arrítmico – Sopro sistólico de insuficiência mitral/tricúspide – S_3 – Estertores – Crepitantes – Engurgitamento jugular – Edemas periféricos/Ascite – Hepatomegalia

Queixas como dispneia, fadiga e edema são comuns a grande parcela das gestantes e puérperas saudáveis, tornando o diagnóstico desta patologia geralmente tardio; o que acarreta uma mortalidade que varia de 7 a 50%.[2,5] A incidência estimada varia entre 1:300 a 1:15.000 gestações. Os fatores de risco incluem idade materna avançada, multiparidade, raça negra, pré-eclâmpsia e pressão arterial elevada.[3] O tratamento é similar ao da IC clássica, visando à redução da pré e pós-carga e aumento da contratilidade ventricular, com restrição de sódio e água, uso de betabloqueadores, diuréticos e digoxina. A anticoagulação deve ser considerada pelo risco aumentado de tromboembolismo. O transplante cardíaco é o tratamento definitivo quando a terapia padrão falha.[5] O objetivo deste estudo é relatar um caso de miocardiopatia periparto devido à sua baixa prevalência, sua etiopatogenia ainda desconhecida e prognóstico reservado.

RELATO DE CASO

Gestante SOC, 20 anos, parda, em sua terceira gestação, com 40 semanas e três dias pelo ultrassom, duas cesáreas anteriores. Deu entrada na maternidade do Hospital Universitário Alzira Velano com queixa de dores abdominais tipo cólica, sem perda de líquido amniótico ou sangramentos. Negou patologias prévias. Encaminhada ao centro cirúrgico para cesárea devido a iteratividade uterina. Realizada raquianestesia com Bupivacaína 0,5% hiperbárica (3ml) e Morfina 0.2mg/ml (0.4ml), sem intercorrências. Após retirada do feto, foi iniciada solução de Ocitocina (5UI); durante a infusão paciente apresenta taquicardia sinusal, náuseas e dispneia, com níveis pressóricos normais. Mesmo após diminuição da velocidade de infusão da ocitocina, paciente evolui com piora da dispneia, expectoração com secreção rósea e queda nos níveis de saturação de oxigênio (O^2). Iniciado na sala de parto, Furosemida e Betabloqueador EV, instalado Máscara Venturi com FiO_2 50% e realizado eletrocardiograma (ECG) que evidenciou taquicardia sinusal com frequência cardíaca (FC) de 123 bpm. Solicitado radiografia (RX) de tórax, ecocardiograma e avaliação cardiológica.

Encaminhada a sala de Emergência e instalado CPAP. RX de tórax com presença de infiltrado difuso e aumento significativo da área cardíaca (Fig. 1). Ecocardiograma com dilatação de grau moderado e hipertrofia excêntrica de VE, insuficiência mitral leve e desempenho sistólico do VE deprimido acentuadamente (FE=25%). Iniciado Deslanosídeo 0,5 ampola EV 12/12h, Enoxaparina 60mg SC 24/24h, Carvedilol 3,125mg ao dia, Captopril 25mg 8/8h, Espironolactona 25mg ao dia e O^2 3L/min em cateter nasal. Paciente apresenta melhora progressiva; no quinto dia de internação realizou novo ecocardiograma com normalização das câmaras cardíacas e da capacidade de ejeção do VE (FE=70%), mantendo apenas insuficiência mitral leve; evidenciou-se normalização do EGC com desaparecimento dos sinais de sobrecarga ventricular esquerda (Fig. 5); RX de tórax apresentou regressão completa do infiltrado e normalização da área cardíaca (Fig. 2). Recebeu alta hospitalar no sexto dia pós-parto, com manutenção de Carvedilol 12,5 mg 12/12h e Captopril 50mg 12/12h, retorno em sete dias.

Figura 1- Raio X de Tórax no leito.

Figura 2- Raio X de Tórax PA e Perfil.

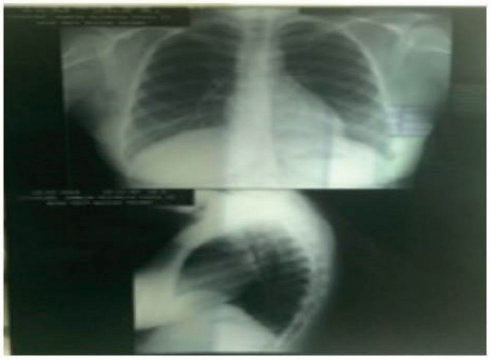


Figura 3- ECG.

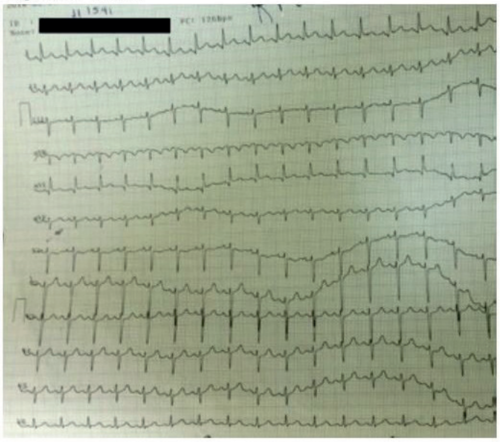
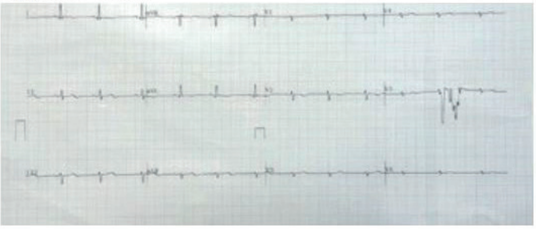


Figura 4- Ecocardiograma.

Figura 5- ECG.



DISCUSSÃO

O diagnóstico diferencial se estabelece com diversas entidades patológicas obstétricas ou não, que desencadeiam quadro de IC, podendo ser observadas abaixo.[4]

Quadro 2: diagnósticos diferenciais.

Diagnóstico diferencial
– Pré-eclâmpsia
– Tromboembolismo pulmonar (TEP)/ Embolia por líquido amniótico
– IAM
– EPA não cardiogênico (Corticoterapia; Tocólise)
– Infecção
– Miocardite Infecciosa (Coxsackie B)
– Miocardiopatia dilatada, hipertrófica e restritiva
– Estenose mitral/tricúspide

A MCPP é um diagnóstico ainda muito obscuro quanto a sua etiopatogenia e manejo adequado. No Brasil, um país de intensa miscigenação, ao se levar em consideração que um dos principais fatores predisponentes é a cor negra, há um número maior de casos descritos na literatura se comparado a países europeus. Em Portugal, por exemplo, até 2010 haviam apenas três casos descritos, sendo um deles de uma paciente brasileira.[4] O tratamento é similar ao das outras causas de IC, visando à redução da pré e pós carga e aumento da contratilidade ventricular, incluindo restrição de sódio e água, uso de betabloqueadores, diuréticos e digoxina. A anticoagulação deve ser considera pelo risco de tromboembolismo, principalmente em pacientes com FE do VE < 30%, e também em virtude do estado de hipercoagulabilidade gestacional e estase ventricular esquerda. O balão intra-aórtico é uma medida intermediária para o transplante cardíaco no insucesso do tratamento convencional.[4] A mortalidade tem variado 7-50% com maior número de mortes nos primeiros três meses pós-parto, devido a insuficiência cardíaca progressiva, arritmia ou tromboembolismo. A taxa de mortalidade relacionada com eventos embólicos

tem sido mais de 30%.[4] O prognóstico das mulheres com miocardiopatia periparto parece depender da normalização do tamanho e da função ventricular esquerda até 6 meses depois do parto. Mulheres com disfunção ventricular esquerda persistente tiveram taxa de mortalidade de 85% em cinco anos, enquanto no grupo de pacientes com função ventricular normal, não ocorreram mortes de etiologia cardiovascular neste intervalo de tempo.[5]

A boa evolução do caso deveu-se ao diagnóstico imediato ao início dos sintomas, bem como o tratamento adequado. Outro fator favorável é o fato da paciente ser jovem e o aparecimento dos sintomas apenas após o nascimento do feto, possibilitando o uso de todos os fármacos disponíveis. Na instituição em que a paciente foi tratada, o suporte multidisciplinar foi decisivo. A recuperação da função cardiopulmonar aconteceu em apenas poucos dias de internação, possibilitando alta mais precoce ao que costuma ser relatado em casos semelhantes.

CONCLUSÃO

A MCPP é uma afecção com vários fatores de risco e sem causa definida. Pode estar associada a distúrbio hipertensivo específico da gestação e a tromboembolismo venoso. O tratamento utiliza as drogas para IC em geral, com prognóstico reservado. Com os avanços terapêuticos, a mortalidade da MCPP tem diminuído. O desfecho favorável do caso deveu-se a identificação rápida do quadro e a instituição imediata do tratamento. O seguimento ambulatorial é de extrema importância para a boa evolução do quadro e para a identificação de possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

1. Santos SM, Bravin AM, Santos VM, Vasconcelos FL. Miocardiopatia periparto após cesariana: estudo de casos. Brasília Méd. 2012;49(4):306-11.
2. Santos VM, Araujo MCM, Albuquerque RB, Pereira VSC, Mussi P, Carvalho MRM. Cardiomiopatia periparto: um resultado clínico favorável. Rev Med Saude Brasilia. 2014;3(1):49-55.
3. Rombaldi A, Galvão A, Kissner F, Vianna C, Tesser L. Cardiomiopatia Periparto. Rev. SCRGS. 2015; 14(5):1-3.
4. Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, Mebazaa A, Pieske B, Buchmann E, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. Eur J Heart Fail. 2010 Aug;12(8):767-78.
5. Carson MP. Peripartum Cardiomyopathy. Medscape [online]. Updated: Mar 03, 2016. Disponível em: https://emedicine.medscape.com/article/153153-overview.